

とまこまい在宅医療 入院時連携シート

様式

【基本シート】

情報提供先機関・施設名	御中
情報提供先担当者名	様

基本情報 ※以下の情報は本人及びご家族の同意に基づき作成しています。

(フリガナ)				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	(歳)	
氏名												
住所				電話番号								
住宅環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て () 階 <input type="checkbox"/> 集合住宅 () 階 【エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無】 【手すり <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無】											
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請											
有効期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	経済状況	<input type="checkbox"/> 年金等 ()	生活保護 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障 () 種 () 級 疾病名 () <input type="checkbox"/> 精神 () 級 疾病名 () <input type="checkbox"/> 特定疾患 ()											
主介護者	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	就業状況	健康状況							
キーパーソン	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	就業状況	健康状況							
緊急連絡先	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話(自宅)	携帯								
医療情報	主病名	医療機関等名称		診療科名	担当医	受診状況等						

身体状況・日常生活行為等

アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤: 食物: その他:)											
日常生活自立度	寝たきり度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2		
	認知症	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M			
認知症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ()											
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	部位	<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他 ()									
移動方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす											
起居動作	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	座位保持	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 支えが必要					
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 視力低下有 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 眼鏡使用	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聴力低下有 <input type="checkbox"/> 補聴器使用									
口腔	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	義歯使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 要アセスメント								
食事摂取	食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー	水分ロミ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有								
	食動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事・水分制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有								
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	トイレ使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時								
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	オムツ使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時								
言語	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害		意思疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> だいたい良好 <input type="checkbox"/> 基本的欲求のみ <input type="checkbox"/> 不可								
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助											
在宅介護サービス等	<input type="checkbox"/> 訪問介護 回/週 <input type="checkbox"/> 通所介護 回/週 <input type="checkbox"/> 訪問看護 回/週 <input type="checkbox"/> 福祉用具 () <input type="checkbox"/> その他 ()											

介護状況	生活歴	家族構成
		主...主介護者 ★...キーパーソン 同居は○で囲む 本人 □ = 男 ◎ = 女

記入者

所属	職種	作成日	年	月	日
氏名	電話				